

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE



POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre Ernest DIDIERJEAN

Ancien Interne à l'Hôpital chirurgical Gouin
Né à Remiremont (Vosges), le 10 février 1877

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉVENTRATIONS MÉDIANES

POST-OPÉRATOIRES

Président : M. LETULLE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

88

56

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Ernest DIDIERJEAN

Ancien Interne à l'Hôpital chirurgical Gouin
Né à Remiremont (Vosges), le 10 février 1877

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉVENTRATIONS MÉDIANES

POST-OPÉRATOIRES

Président : M. LETULLE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine. 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	LESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGEANT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GULLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Je tiens à remercier mon excellent maître, M. le professeur Letulle qui a bien voulu accepter la présidence de ma thèse; j'ai toujours gardé de mon passage dans son service un souvenir ému de sa si amicale réception.

A mes autres maîtres, M. le docteur Michaux, M. le docteur Darier, M. le professeur Couvelaire, M. le professeur Marion, M. le docteur Bonamy, j'adresse l'expression de ma vive reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉVENTRATIONS MÉDIANES
POST-OPÉRATOIRES

INTRODUCTION

Avec les progrès de l'asepsie et depuis la substitution de la suture par étages à la suture étreignant en masse les deux lèvres de la plaie, le nombre des éventrations post-opératoires a considérablement diminué.

Et pourtant il n'est pas rare, aux consultations de gynécologie, de recevoir des femmes qui ont antérieurement subi une laparotomie et qui viennent pour se faire débarrasser d'une éventration qui les réduit à l'impotence, soit par les phénomènes douloureux qu'elle entraîne, soit par des troubles gastro-intestinaux de gravité variable. Ce sont, en général, des femmes qui appartiennent à la classe non aisée, qui ont besoin de leur travail journalier pour subvenir aux charges de la famille et qui, gênées dans leurs occupations, réclament une intervention qui doit les soulager.

Quand l'éventration n'est pas trop étendue, que la malade est jeune et en bon état général, il est tout indiqué de chercher à obtenir la cure radicale de cette infirmité.

Chez quelques autres, la tumeur tombe très bas sur l'abdomen, atteint parfois la face antérieure des cuisses ; la malade a une paroi d'insuffisance manifeste.

Dans ces conditions la difficulté est grande pour le chirurgien, l'opération très aléatoire pour la malade et nombreux sont les opérateurs qui évitent d'intervenir. A juste titre, la cure des éventrations est considérée par beaucoup comme une intervention des plus délicates de la chirurgie abdominale, délicate par les difficultés opératoires, délicate aussi en ce sens que l'opérateur a toujours à redouter la récurrence. Cette question a, de tout temps, préoccupé les auteurs, et nombreux sont les procédés qui visent à la cure des éventrations.

Après avoir défini l'éventration, nous nous étendrons sur les diverses méthodes employées entre elle.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION DE L'ÉVENTRATION. — SES VARIÉTÉS

Sous le nom d'éventration, il faut comprendre, avec la plupart des chirurgiens modernes, les hernies qui se font sur un point quelconque de la paroi abdominale où il n'existe pas normalement d'orifice pouvant donner issues aux viscères, ni de surface de faible résistance pouvant les laisser passer sous l'influence de la pression exercée par eux sur cette surface.

Il paraît indispensable, pour se faire de l'éventration une idée juste, de la différencier sans plus tarder de l'éviscération : dans sa thèse en 1891, Tournemelle donne à l'éviscération le nom d'éventration aiguë.

Sans vouloir instituer ici une querelle de mots, nous essayerons, très brièvement, de dire ce qu'il faut entendre par chacune de ces hernies.

Tandis que l'éventration est un état, l'éviscération est un fait. Le type de l'éviscération est représenté par l'issue des viscères à travers une incision insuffisamment cicatrisée. Dans les jours qui suivent une laparotomie, à l'occasion d'un effort et à la suite d'un mode de suture défectueux, ou de toute autre cause,

les sutures lâchent et l'intestin se trouve à nu sous le pansement ou sous la peau.

L'absence de sac, voilà ce qui caractérise l'éviscération.

Au contraire, qui dit éventration suppose toujours un sac qui sépare de l'extérieur et de la peau les organes qu'il contient.

Les parois du sac peuvent avoir ou non une grosse épaisseur. On peut les rencontrer excessivement minces dans certains cas, transparents même ; mais toujours la cavité abdominale se trouve protégée par une paroi le plus souvent constituée par le péritoine plus ou moins doublé de tissu cicatriciel.

Si l'éventration est médiane, les muscles droits se laissent écarter et le tissu cicatriciel qui les unit et qui représente l'ancienne ligne de suture distendue de leur aponévrose double le sac péritonéal de l'éventration.

L'éventration dont nous venons de parler est celle qui succède aux opérations.

Celle que l'on appelle primitive et qui ne reconnaît pas comme étiologie l'ouverture de la paroi abdominale est différente. Elle survient chez les grandes multipares.

Dans une excellente étude sur la physiologie de la paroi abdominale chez la femme enceinte, Glénard a montré le merveilleux fonctionnement de la ligne blanche. « C'est, dit-il, une véritable soupape de sûreté : elle réalise une combinaison qui permet de sauvegarder les propriétés physiologiques des

muscles et de concilier la libre expansibilité de l'utérus avec la ténacité des lames aponévrotiques indispensables au maintien des viscères. »

Mais, quand les grossesses se répètent et à peu d'intervalle chez la même femme, ou que la paroi ait une constitution faible, la sangle abdominale se laisse forcer et l'éventration se produit.

Elle peut apparaître dans les mêmes conditions à l'occasion d'une tumeur quelconque : fibrome, kyste de l'ovaire ou de l'ascite. En pareil cas, le tissu qui double le sac n'est pas du tissu cicatriciel, mais l'aponévrose normale, l'ancienne ligne blanche distendue.

Nous pouvons donc définir avec Quénu l'éventration vraie primitive de l'adulte, celle qui ne s'accompagne d'aucune solution de continuité de la ligne blanche et dans laquelle l'espace fibreux qui sépare les bords internes des muscles grands droits de l'abdomen ou simplement distendu, élargi. Fréquemment on constate aussi l'éventration chez les femmes obèses. La graisse a envahi non seulement les plans sous-cutané et sous-péritonéal, mais elle s'attaque aussi aux éléments musculaires et les aponévroses s'amincissent. Il y a là une dégénérescence graisseuse des droits qui perdent leurs propriétés d'élasticité. Telles sont les variétés les plus fréquentes de l'éventration spontanée. Nous ne ferons que signaler les éventrations du nouveau-né que l'on doit rattacher à un arrêt de développement de la paroi abdominale. Il s'agit là d'une véritable malforma-

tion que l'on rencontre généralement accompagnée d'autres vices de conformation.

Au début de ce chapitre, je n'ai qu'abordé la question des éventrations post-opératoires. Comme celles-ci font le sujet de notre étude, il est nécessaire d'en parler, avec plus de détails. Une femme a subi une laparotomie. Elle a quitté l'hôpital parfaitement guérie, croit-elle. Depuis quelques jours elle se lève, marche sans difficulté, la suture abdominale est parfaite. Bientôt elle reprend son travail, négligeant souvent de porter la ceinture qui lui avait été conseillée et peu à peu, elle s'aperçoit qu'en un point de la cicatrice apparaît une tumeur de volume variable, pouvant aller de la grosseur d'une noix à celle d'une tête fœtale et plus encore, et qui se réduit quand la malade prend la position horizontale.

Les éventrations post-opératoires avaient pour cause principale autrefois, la non réfection immédiate de la paroi abdominale au niveau des larges orifices de drainage et de tamponnement. Une infection même légère de la ligne des sutures sous-cutanées est une autre cause des éventrations que l'on relève encore aujourd'hui.

L'éventration se produit surtout après des opérations pratiquées dans des conditions d'asepsie douteuses ou pour des lésions suppurées dans le cas où un drainage a été nécessaire ; à la suite d'un hématome de la paroi : bref chaque fois que la paroi fibreuse s'est réunie par seconde intention.

Il est d'ailleurs à remarquer que des opérées dont

la paroi s'est cicatrisée dans ces conditions, présentent à leur sortie de l'hôpital une cicatrice parfaite en apparence. En la saisissant, on la sent solide, mais cette solidité n'est qu'apparente ; c'est une fausse impression due à la dureté du tissu qui se laissera distendre au bout de quelque temps.

Suivant les conditions dans lesquelles se produira l'événtration, son siège variera. Au-dessus de l'ombilic, elles sont rarement observées. On se demande pourquoi. Dans cette région en effet, les hernies se rencontrent bien ; les interventions sur l'estomac sont devenues de la chirurgie courante ! Peut-être faut-il invoquer, pour expliquer cette fréquence moindre des événtrations sus-ombilicales, une disposition spéciale des éléments de la ligne blanche qui lui donne une résistance toute particulière et surtout en un point où il y a poussée moindre de la part des organes abdominaux.

Nicaise, il est vrai, a parlé d'événtration sus-ombilicale à propos des malformations chez le nouveau-né où les viscères, le cœur même sont presque à nus, recouverts simplement par une membrane mince assez analogue à l'amnios, mais ceci sort de notre sujet.

Il n'en est pas de même pour la région sous-ombilicale.

Fréquemment on intervient ici pour des affections gynécologiques ; on doit souvent pratiquer de longues incisions pour enlever des tumeurs volumineuses. Les parois abdominales ont à subir davan-

tage à ce niveau, la poussée constante des viscères. C'est là enfin, que la distension est la plus accentuée à l'occasion de la grossesse.

En dehors de la ligne médiane, l'éventration post-opératoire était très souvent observée et au début de l'appendicectomie l'éventration latérale se voyait si souvent que Reclus en 1895 avouait à la Société de Chirurgie de Paris « le seul inconvénient qui soit de nature à me faire hésiter dans l'intervention pour l'appendicite, c'est l'éventration ». Disons bien vite que les petites incisions en faveur aujourd'hui, que la préférence donnée à la méthode « à froid », qu'enfin le soin apporté à la réfection des parois en ont fait diminuer considérablement le nombre, mais qui cependant en raison de sa fréquence, le traitement chirurgical de l'appendicite reste la cause la plus habituelle des éventrations latérales. L'éventration peut se voir aussi sur le trajet des incisions, pour cholécystectomie, pour néphrectomie par voie trans-péritonéale, pour anus iliaque. On a même cité des cas où la cause de l'éventration avait été la simple ouverture d'un abcès de la paroi.

Dans cette étude, nous nous occuperons seulement de la variété la plus fréquente ; celle des éventrations médianes, sous-ombilicales et post-opératoires. Elles sont généralement moins lentes à se développer que les éventrations spontanées ; les symptômes qu'elles présentent sont habituellement plus graves ; bref elles réclament plus souvent une intervention.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES. PROCÉDÉS ORTHOPÉDIQUES ET CHIRURGICAUX

Moyens palliatifs

Chez certaines malades dont la vie n'est pas très active, l'éventration est une infirmité un peu gênante, mais insuffisante pour nécessiter une intervention. Dans ce cas il est indiqué d'instituer le port de la ceinture qui, tout en maintenant réduite l'éventration, peut protéger et renforcer la paroi.

Parfois le seul port de la ceinture soulage considérablement les malades, mais si les malades souffrent, la tumeur augmente, la ceinture étant impuissante à empêcher son développement progressif, l'opération, si la malade la réclame, peut trouver son indication.

Indications de la cure chirurgicale

Avant de faire l'exposé des méthodes sanglantes préconisées pour la cure radicale des éventrations, il semble qu'il n'est pas inutile de donner les motifs

capables de les justifier. Quand il n'y a pas de contre-indications formelles : obésité, cachexie, l'opération semble indiquée toutes les fois que la tumeur se développe de façon progressive et que les troubles qu'elle occasionne acquièrent une certaine gravité. Une éventration est d'ailleurs toujours une source de dangers que la cure radicale peut faire disparaître.

Troubles fonctionnels

L'éventration une fois produite tend à se développer. De faible volume au début, elle ne gêne guère la malade qui continue à vaquer à ses occupations. Mais peu à peu la tumeur augmente et, par sa masse d'abord et aussi par les troubles qu'elle entraîne pousse la malade à demander une intervention.

Il existe des types vraiment douloureux d'éventrations. Il n'y a pas de rapport entre l'intensité des phénomènes douloureux et le volume de la tumeur. De très petites éventrations occasionnent de grosses souffrances, alors que de très volumineuses restent complètement indolores. Les caractères de cette douleur varient : chez telle malade elle a des caractères nettement paroxystiques, une localisation fixe, le plus souvent lombaire ou encore elle s'irradie plus ou moins loin.

Chez d'autres, il n'y a pas de douleur à proprement parler ; il s'agit surtout d'une sensation pénible de pesanteur abdominale et de fatigue générale qui

se manifeste à la fin de la journée. Souvent les porteuses d'éventration sont des dyspeptiques. Il faut rechercher la cause des troubles qu'elles accusent dans la ptose généralisée des viscères que provoque la dislocation de la paroi abdominale. L'appétit n'est pas régulier, les digestions sont lentes et difficiles ; la constipation rebelle. Ce sont là des perturbations qui ne tardent pas à retentir sur le système nerveux en augmentant pour les malades les causes de souffrance et de dépression. Le moral est fâcheusement affecté.

Dangers

A côté de ces troubles, on peut craindre de véritables dangers. L'étranglement est moins fréquent dans l'éventration que dans la hernie ordinaire : le collet de l'éventration est large et absent parfois, mais il existe fréquemment des adhérences qui peuvent devenir des agents d'étranglement. C'est là un accident qui n'est pas rare et toujours grave.

Enfin malgré sa rareté, il faut signaler la rupture de l'éventration. Dans la post-opératoire, la qualité de la cicatrice cutanée est à envisager, son ulcération et celle du sac sous-jacent mettent la cavité de l'éventration en communication avec l'extérieur.

Procédés opératoires

La cure radicale des éventrations confond les débuts de son histoire avec celle des hernies ombili-

cales ou ventrales avec lesquelles elle était étudiée.

Gerdy, en 1846, voulant traiter opératoirement une volumineuse éventration emploie le procédé qui lui est familier pour la cure des hernies inguinales : il invagine le sac, en avive les bords avec un caustique, l'ammoniaque, puis ferme l'orifice extérieur.

Sans vouloir entrer ici dans le détail des procédés multiples qui ont été proposés, nous donnerons le principe des trois grandes méthodes qui portent le nom de Simon (d'Heidelberg) de Chrobak et de Maydl et qui marquent les grandes étapes de la question. Autour d'elles viennent se grouper en quantité des sous-procédés ; chacun d'eux apporte son caractère original, un point de détail nouveau. Suivant que l'opération respecte le péritoine ou qu'elle l'aborde franchement, ces méthodes peuvent être classées en extra-péritonéales et intra-péritonéales.

Méthode extra-péritonéale

Procédé Simon. — Dans les *Archives de Gynécologie*, en 1892, Goullioud donnait la description du procédé. Simon, après avoir réduit l'intestin hernié déprime la peau vers la cavité abdominale ; il fait alors une incision circulaire qui pénètre jusqu'aux couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané de façon à avoir un avivement de 2 centimètres de large. Les surfaces d'avivement se réunissent en haut et en bas à angle aigu. On réunit tout d'abord par une suture

superficielle les bords internes et postérieurs de la plaie. On ferme ainsi le cul-de-sac cutané formé par l'invagination de la hernie ventrale. Puis on place une série de sutures plus superficielles et mi-profondes pour rapprocher le reste de la surface avivée. On place un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie afin de permettre l'élimination des produits sécrétés par la plaie et sur la peau et qui s'accumuleraient dans l'espace situé en arrière de la suture.

Le procédé Simon a été employé aussi par Hegar, Hoffa, Ballandin, différence seulement par des points de détail. Disons qu'au temps où l'asepsie n'existait pas, ces procédés d'invagination ont pu rendre quelques services, mais qu'aujourd'hui ils ne doivent trouver leur indication que dans des cas exceptionnels.

Procédé de Chrobak

Chrobak incise la ligne médiane sur toute la hauteur de l'éventration ; il dissèque le tissu sous-cutané et la portion aponévrotique, et il arrive sur le péritoine qu'il refoule sans l'ouvrir, vers la cavité abdominale. Il applique sous ouverture des gaines un premier plan de sutures profondes qui comprend le plan fibreux et le plan musculaire, puis, il résèque de chaque côté de la plaie la peau qui est en surplus et applique une suture superficielle sur le plan cutané.

Goullioud opère d'une façon presque identique.

Mais alors que Chrobak suturait par-dessus le suc refoulé les bords internes des gaines non ouvertes des muscles droits, Goullioud ouvre ces gaines longitudinalement sur leur bord interne.

Quénu suture les muscles droits décollés de leurs gaines et amenés au contact.

Méthode intra-péritonéale

Procédé de Maydl. — Après avoir excisé une portion du sac herniaire à l'aide d'une incision elliptique intéressant toute son épaisseur, il ouvre la cavité péritonéale et refoule l'intestin. Puis il dispose les plans de sutures de la façon suivante : péritoine, lèvres postérieures des surfaces de section des droits, corps musculaires et lèvres antérieures des surfaces de section, peau. Entre le premier et le deuxième plans de sutures, Maydl place un tube de drainage.

Ce procédé a été adopté par la plupart des chirurgiens ; les modifications qu'on lui fait subir portent sur les détails de la suture cutanée ou du plan musculaire aponévrotique.

Certains auteurs l'ont modifié dans le temps de l'incision cutanée (Le Dentu, Depage, Rouffart de Bruxelles), qui ont appliqué toute leur attention à faire une bonne sangle cutanée à l'aide d'incisions souvent très complexes.

Tous ces procédés jugent essentielle l'ouverture de la gaine des droits. Leurs auteurs prétendent qu'il

est impossible, sans ce petit détail opératoire, d'obtenir une reconstitution de la paroi offrant toute garantie de solidité. Pour d'autres, ne sont indispensables ni l'ouverture de la gaine, ni la suture séparée des feuillets profonds et superficiels de ces gaines.

Ces procédés ont donné des succès à leurs auteurs. Quel que soit celui qu'on emploie, nous posons en principe que pour toute cure radicale d'éventration post-opératoire il est des points essentiels acquis :

1° Le péritoine doit être ouvert ;

2° Il faut suturer les bords aponévrotiques des droits ;

3° Il faut réséquer le sac cicatriciel ;

1° Le péritoine doit être ouvert.

Poser le diagnostic d'adhérences est chose difficile. On sait, d'autre part, que ce sont elles qui causent la plupart des troubles qu'accusent les malades, que ce sont ces adhérences encore qui les menacent de la grave complication de l'étranglement.

Or, peut-on, dans les cas où ces adhérences sont curables, se contenter de réduire la portion herniée. On n'a pas le droit de laisser subsister de telles sources de danger.

D'emblée, il faut ouvrir le péritoine : dans ces seules conditions on opère au grand jour, on voit les adhérences, on les libère, et si vraiment on refait une bonne paroi, la malade a les plus grandes chances de voir disparaître les troubles qui lui ont fait demander l'intervention.

Cette ouverture du péritoine est nécessaire aussi

pour permettre une bonne reconstitution de la paroi. A tout prix, il faut éviter de laisser l'amorce d'un sac, de créer de ces replis péritonéaux, véritables infundibula où l'intestin peut s'engager et qui donnent à l'opérée les plus grands risques de voir un jour où l'autre reparaitre son éventration.

L'ouverture du péritoine permet seule de se rendre exactement compte de la portion de séreuse qu'il est nécessaire de réséquer pour avoir, après suture, un plan péritonéal parfait.

2° Il faut suturer les plans aponévrotiques des droits.

Nous ne reviendrons pas sur la querelle entre ces partisans de la suture en masse et ceux qui préconisent la suture par étages. Ces derniers paraissent l'avoir emporté et tous les chirurgiens à l'heure actuelle mettent tous leurs soins à suturer plan par plan les éléments de la paroi. Mais au sujet du second plan, il est un point capital : c'est la suture des aponévroses ;

3° Il faut réséquer le suc cicatriciel. Il y a là, en effet, toute une portion de paroi qui a été distendue par l'éventration ; elle a pu subir des troubles trophiques ; les éléments en sont disjoints, bref, elle est dans un tel état d'affaiblissement qu'on ne peut songer à l'utiliser d'une façon utile à la paroi nouvelle.

Toute suture dans ce tissu cicatriciel sera difficile, les fils lâcheront.

Aussi il importe de réséquer ce tissu mauvais aussi largement que possible, en ayant soin cepen-

dant d'éviter de créer une perte de substance telle qu'au moment de suturer la paroi, on ne puisse plus ramener au contact des lèvres de l'incision. En somme, réséquer le sac, c'est enlever à la paroi la mauvaise étoffe qu'est le tissu cicatriciel, c'est se mettre dans les conditions d'une laparotomie ordinaire et par conséquent avoir les plus grandes chances d'une bonne cicatrisation.

Ces points nous paraissent capitaux dans la cure radicale des éventrations et l'on peut dire que les procédés de la cure radicale des hernies ombilicales chez l'adulte s'inspirent des mêmes perfectionnement que la cure radicale des éventrations.

CHAPITRE III

DIFFICULTÉS DE CES OPÉRATIONS

Malgré tous les perfectionnements techniques, la cure de l'éventration est encore considérée comme une opération laborieuse et quelquefois grave. Cela tient aux difficultés que l'on rencontre soit à l'intérieur du sac, nous les appellerons difficultés intrasacculaires, soit du côté de la paroi, difficultés pariétales.

Difficultés intrasacculaires

Elles se résument par la présence d'adhérences qui réunissent l'épiploon ou l'intestin au sac de l'éventration. Ces adhérences sont généralement le résultat d'un processus inflammatoire déterminé par la nature de l'intervention chirurgicale. Une opération septique, une appendicite à chaud, une intervention sur une péritonite suppurée en favorisent le développement. Très souvent il se fait un accolement entre la ligne d'incision en voie de cicatrisation et les anses intestinales enflammées.

Les adhérences peuvent revêtir des aspects bien différents ; ici ce sont des lames fibrineuses plus ou

moins développées, constituant parfois de véritables bandelettes qui laissent aux organes qu'elles unissent des mouvements assez étendus. D'autrefois les organes sont accolés d'une façon très intime aux parois du sac, il y a soudure en quelque sorte.

Lorsqu'elles sont étroites, les adhérences créent au chirurgien de grands ennuis opératoires. Aussi l'éraflure des anses intestinales, leur déchirure même ne sont-elles pas chose rare au cours d'une intervention chirurgicale.

Les adhérences peuvent se faire dans toute hernie comme dans toute éventration. Au début, entre les organes, elles sont courtes ; plus tard seulement, à la suite de tiraillements incessants, elles vont acquérir de plus grandes dimensions qui faciliteront considérablement leur libération.

Il ne faut donc opérer que tard, plusieurs mois, une année même, après l'apparition des symptômes qui font soupçonner ces adhérences. Alors seulement on interviendra sur elles, sans crainte de blesser l'intestin et certain, ou à peu près, de pouvoir pratiquer facilement leur décollement.

C'est pour parer à ces inconvénients qu'ont été imaginés les procédés qui pénètrent d'abord en dehors de l'éventration dans le péritoine libre.

Les adhérences sont plus facilement décollées de dehors en dedans. Ces procédés, appliqués soit à la cure des éventrations, soit à celle des hernies ombilicales, ont pour type l'omphalectomie de Condamin.

Dans cette méthode, l'ombilic est circonscrit dès

le début de l'opération par une double incision semi-ovulaire des téguments. A ce moment, Condamin attaque d'un côté la gaine dédoublée des droits en dehors de l'anneau et va ainsi jusqu'au péritoine qu'il incise en dehors du collet du sac. L'incision circulaire de la gaine des droits est ensuite complétée aux ciseaux ; de cette façon, l'anneau fibreux se trouve extirpé avec le sac « comme s'il s'agissait d'une tumeur ». Ce n'est qu'après cette extirpation que ce collet est ouvert de dehors en dedans, et que le contenu de la hernie est traité comme il convient.

An sujet des adhérences, Condamin, parlant d'ailleurs des hernies ombilicales, ce qui revient au même, conseille d'opérer de la façon suivante : « Si vous trouvez des adhérences solides, libérez les, dit-il, en sculptant avec des ciseaux ou le bistouri dans l'épaisseur des couches profondes du sac. Vous laissez ainsi à la surface de l'intestin quelques fragments de téguments cruentés ; mais après libération totale, vous pourrez en exciser une partie et adosser les bords de ceux que vous laisserez, pour éviter une surface cruentée dans l'extérieur du péritoine. L'intestin à ce moment peut être réduit sans danger et les bords de la plaie réunis par plusieurs étages de sutures comme dans une laparotomie ordinaire.

Difficultés pariétales

A côté des difficultés que l'on rencontre à l'intérieur du sac, il en est d'autres qui tiennent aux parois.

Nous avons posé en principe que l'ablation du sac était de toute nécessité dans la cure des éventrations.

Supposons le excisé. le chirurgien se trouve devant un orifice très large parfois et qu'il faut à tout prix refermer. Or, ses bords, dans les divers plans, sont faits de tissus cicatriciels, friables et de mauvaise qualité et sur lesquels il va falloir faire de fortes tractions pour les amener au contact. Le péritoine en outre est mince ; l'aponévrose, quand e'le existe, a perdu sa résistance du fait de sa distension. Il est clair que, dans ces conditions, les tractions risquent souvent d'amener des déchirures.

D'autre part, les muscles droits circonscrivent une ellipse plus ou moins développée, dont l'axe horizontal peut atteindre une grande largeur. On prévoit quelle force il va falloir développer dans la traction pour les amener au contact, surtout si l'éventration est ancienne et si les muscles sont rétractés. Ces difficultés sont grandes et combien de chirurgiens ayant dans le premier temps réséqué leur sac, ont devant eux une plaie très large et en sont à se demander de quelle façon ils vont refermer le ventre !

Là, je laisse la parole à Condamin dont je rap-

porte textuellement l'avis qu'il formulait au Congrès international de Genève : « Il existe, dit-il, dans
 « certaines circonstances, de pertes de substance
 « telles, résultant soit d'une omphalectomie, soit d'une
 « cure radicale d'éventration par la résection du sac
 « jusqu'à la gaine des droits, soit d'une ablation de
 « fibrome de la paroi, etc., que le chirurgien ne voit
 « pas la possibilité de rapprocher jusqu'au contact
 « les bords aponévrotiques par les sutures habituelles
 « et se contente d'une couverture uniquement cuta-
 « née. Le cas le plus fréquent se présente pour les
 « hernies ombilicales volumineuses. La grande gêné-
 « ralité des chirurgiens acceptent comme méthode
 « de choix l'omphalectomie totale avec ouverture
 « des gaines quand il s'agit d'une hernie petite ou
 « moyenne. Mais, en face d'une hernie volumineuse,
 « la peur bien justifiée de ne pouvoir amener au con-
 « tact les bords des droits, fera respecter une partie
 « du sac fibreux pour avoir au moins l'étoffe d'une
 « suture complète sous-cutanée, quitte à s'attendre
 « à une récurrence dans un délai variable. Quel est le
 « chirurgien qui, en face d'une éventration un peu
 « volumineuse, ne se demande, avant d'opérer, s'il
 « pourra rapprocher les bords aponévrotiques parfois
 « distants de 15 à 20 centimètres et n'ait refusé une
 « intervention sanglante dans cette crainte ? N'est-ce
 « pas la même appréhension qui fait hésiter d'opérer
 « dans les péritonites où la tension abdominale est
 « telle que l'on se demande si l'on pourra réintégrer
 « les anses intestinales et suturer par dessus. »

C'est pour éviter une telle situation que divers petits moyens ont été mis en œuvre. Pour redonner droit de domicile à l'intestin sur la cavité abdominale qui paraît n'avoir plus les dimensions suffisantes pour le recevoir, ou mettra le malade au lit, lui recommandant le repos le plus complet dans les jours qui précèdent l'opération. On pourra aider le maintien de la hernie en plaçant sur l'éventration un sac de sable ou encore à l'aide d'une ceinture de tissu élastique. Ce sont là de petits moyens qu'il est bon de ne pas négliger.

Certains auteurs, considérant avant tout dans l'éventration une affection dans laquelle les différents éléments et la paroi sont altérés dans leur constitution et leur vitalité, ont songé à remédier au défaut de résistance des éléments naturels par des artifices portant :

1° Soit sur les tissus des différents plans sauf les muscles ;

2° Soit sur les muscles ;

3° Soit plus particulièrement sur les gaines des muscles.

Les auteurs qui se sont astreints à renforcer la paroi soit par dédoublement des plans fusionnés, soit par chevauchement, ont appliqué leurs procédés exclusivement à la cure des hernies ombilicales ; mais ils parlent tous de l'application de leur méthode à la cure des éventrations.

A ce titre, nous en donnons l'indication. Reconnaisant la nécessité d'augmenter la surface d'ave-

ment, Lawson-Tait propose ce dédoublement du plan fibreux. Ce procédé est repris par Zoenger de Leipzig qui en décrit la technique.

« Incision de l'ombilic et de l'anneau ombilical ;
« puis, de chaque côté, je fais la division de la lame
« aponévrotique de la ligne blanche en deux plans
« superposés. Cette division est pratiquée à l'aide
« d'une incision profonde de 1 centimètre portant
« sur la tranche de la paroi fibreuse et suivant un
« plan parallèle au péritoine pariétal et à la paroi.
« La plaie qui en résulte et qui occupe la place de
« l'ombilic fibreux, peu vasculaire, est fermée par
« une suture à la soie. »

Zoenger obtient donc deux lambeaux : l'un composé de la couche fibreuse adhérente à la peau, l'autre de la couche fibreuse adhérente au péritoine. Ce sont deux surfaces largement cruentées qu'il adosse par deux plans de sutures.

Sapiejko tire partie de deux méthodes. Il associe à la fois le dédoublement de l'anneau ombilical comme le propose Lawson-Tait et le chevauchement des deux lèvres de l'anneau ombilical, comme le fait Savariaud.

Il dédouble les deux lèvres de l'incision de la paroi abdominale sur une largeur de plusieurs centimètres, et fait porter son dédoublement au niveau de la face superficielle de l'aponévrose. Il obtient ainsi deux feuillets péritonéo-aponévrotiques comprenant dans leur épaisseur les muscles droits qu'il croise l'un sur l'autre à la façon des deux pans d'un gilet

croisé. Il les fixe dans cette situation par des sutures qui unissent leurs bords à la face profonde de la paroi abdominale. Il résèque la portion de peau exubérante et la réunit sur la ligne médiane.

D'autres procédés demandent au plan musculaire le renforcement de la paroi.

Dauriac incise la gaine des droits sur son bord interne et dégage les muscles de leurs adhérences. Il taille alors sur chacun des droits une bandelette longitudinale dont la largeur représente le tiers de la largeur totale du muscle et dont la hauteur est celle de l'incision péritonéale. Il sectionne chacune d'elles à l'une de ses extrémités et les entrecroise sur la ligne médiane au niveau de l'ancien ombilic.

J.-L. Faure détache, le long du bord interne du feuillet antérieur de la gaine de chaque droite, une languette de 1 centimètre de large sur 12 à 15 centimètres de longueur. Cette languette est laissée d'un côté adhérente, par son extrémité inférieure, au reste de la gaine, tandis que de l'autre côté, c'est l'extrémité supérieure qui reste fixée à l'aponévrose dont elle émane. Il fait passer avec une pince de Kocher chacune des languettes alternativement dans les muscles droits, en s'éloignant assez de leur bord libre pour traverser l'aponévrose. Il termine son surjet en nouant les languettes ensemble vers le milieu de la plaie.

Noble renforce la paroi par deux volets aponévrotiques qu'il taille dans l'aponévrose externe des droits et qu'il rabat comme deux volets au-devant de l'éventration.

Bien avant lui, Bessel Hagen avait un procédé très analogue, mais des lambeaux intéressaient le muscle avec l'aponévrose. Il retournait ses lambeaux de telle sorte que le feuillet antérieur de la gaine était directement appliqué sur le plan fibro-péritonéal qu'il avait déjà suturé.

Hammerfahr libère les droits en avant et en arrière sans toucher à leurs gaines. Des fils d'argent passent en arrière de la gaine et remontent de chaque côté à la partie externe des droits. En les serrant, on obtient, il obtient un rapprochement en masse de ces muscles.

Pozzi propose dans ces cas où l'écartement des muscles est grand des incisions verticales pratiquées en plein muscle. En même temps qu'elles dissocient les fibres musculaires, elles permettent au chirurgien d'étaler convenablement le muscle.

En somme, la plupart de ces procédés cherchent à mobiliser les plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale, soit par glissement, soit en taillant de véritables lambeaux pour les amener au-devant de la brèche à ^{leur} combler.

Ils ont le défaut de compliquer une opération déjà difficile et de demander à des tissus de qualité souvent médiocre une adaptation antiplastique.

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

On mettra, bien entendu, la malade dans les conditions qui éviteront la récurrence : repos absolu au lit, l'abdomen bien maintenu par un bandage du corps serré.

On veillera, avec beaucoup de soin, à ce que la malade ne vomisse ni ne tousse ; au besoin on prescrira des opiacés.

On assurera la régularité des selles ; on combattrà la constipation et le tympanisme. Enfin on évitera tout effort violent qui pourrait amener la rupture des tissus en voie de cicatrisation.

Le chirurgien attendra une réfection complète de la paroi pour permettre à la malade de se lever. Elle ne le fera qu'avec beaucoup de prudence et le ventre soutenu par une ceinture bien adaptée, à porter au moins pendant les premiers temps qui suivent l'opération.

CONCLUSIONS

Le traitement des éventrations médianes post-opératoires consiste donc dans la réfection autant que possible *ad integrum* de la paroi abdominale.

Quel que soit le procédé employé, il est nécessaire de prendre un soin tout particulier dans les sutures, car s'il faut savoir couper, il faut savoir recoudre.

Donc affrontement aussi parfait que possible du péritoine pariétal ; sutures aponévrotiques soignées.

Il faut veiller à l'hémostase. La récurrence des éventrations étant fréquente quand il y a eu dissociation par hématome ; je ne parle pas de l'injection qui elle est un gros facteur de récurrence et dont nous ne devons pas avoir à faire le procès ici.

Pour éviter l'hématome, les auteurs actuels préconisent des fils d'argent profonds chargeant toutes les masses musculaires et aponévrotiques, fils que l'on enlève le dixième jour au plus tard s'ils ne coupent pas.

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

INDEX BIBLIOGRAPHIE

- Abels.* — De la suture abdominale et des hernies de la paroi (Arch. f. Gynak., 1898, LVI, p. 656).
- Antona et Sneguirieff.* — Résultat de l'enquête de La Torre à Rome (1897) sur la question: « Quelle est la cause des éventrations post-opératoires.
- Axger.* — Dict. Jaccoud. Art. : Eventration.
- Bacri.* — Cure radicale des hernies ombilicales. Th. Paris, 1893.
- Bonavita.* — Contribution à l'étude de la pathogénie, de la prophylaxie et du traitement des éventratons post-opératoires. Th. Lyon, 1895.
- Borrivitsa.* — Contribution à l'étude de l'éventration post-opératoire. Th. Paris, 1897.
- Brault.* — Deux éventrations l'une opératoire, l'autre accidentelle. Cure radicale. Statistique opératoire, 1897.
- Brodier.* — Quelques réflexions sur la cure radicale des hernies ombilicales. Th. Paris, 1898.
- Cunge.* — Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical. Th. Paris, 1898.
- Caselli.* — Laparotomie pour éventration (Bull. Acad. med. di. Genova, mai 1887).
- Casteret.* — De la cure des hernies ombilicales de l'adulte avec la suture à trois étages. Th. Lyon, 1893.
- Chadwick.* — Opération pour la hernie ventrale consécutive à la laparotomie (Amer. Gynec. Societ., 1888).
- Chanteux.* — De l'éventration sus-ombilicale. Th. Paris, 1898.
- Chroback.* — Internat. Klinik. Rundschau et Centralblatt für gynäk, 1888.
- Condamin.* — De la cure radicale de l'éventration post-opératoire aux adhérences intestinales (Congrès de Gynéc., 1886).
- Dartigues.* — Cure radicale d'une éventration consécutive à

- l'ablation d'un fibrome (Rev. Gynécologie, 10 août 1900).
- Dauriac.* — Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et des éventrations. Th. Paris, 1896.
- Dejardin.* — Cure radicale de la hernie ombilicale et de l'éventration (Bulletin de la Soc. belge de Chir., 1897, n° 4, p. 149).
- Doléris.* — Leçon clinique sur l'éventration post-opératoire (La Gynécologie, 1897, p. 396).
- James.* — Du traitement de l'éventration latérale post-opératoire. Th. Paris, 1904.
- Labbé.* — De l'éventration post-opératoire. Th. Paris, 1907.
- Lawson-Tait.* — Guérison radicale de la hernie ombilicale (Bristich Med. Journal, décembre 1884).
- Lebrun.* — Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires. Th. Paris, 1905.
- Liénard.* — De l'éventration médiane post-opératoire et de son traitement chirurgical. Th. Lille, 1904.
- Maydl.* — Traitement des hernies qui surviennent par absence congénitale de la ligne blanche ou par suite de laparotomie (Dublin, Journal of Med., février 1894).
- Nouveau procédé par la cure de l'éventration (Wien. Med. Press., 1886).
- Millot.* — Contribution à l'étude de l'éventration consécutive à l'emploi du Mickulicz. Th. Lyon, 1902.
- Morris (K. J.).* — Post-opérative ventral hernia. (Ann. med. quart., 1900).
- Edebohls.* — Prévention de la hernie après la laparatomie (New-York Journal of obstetric., janvier 1893).
- Faure (J.-L.).* — Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 1898, n° 14, p. 157).
- Fosse.* — Contribution à l'étude des éventrations et de leur traitement. Th. Montpellier, 1897.
- Fournier.* — Cure d'éventration (Amiens, Gaz. méd. de Picardie, 1902).
- Gaston.* — De l'intervention chirurgicale dans les hernies ombilicales adhérentes. Th. Paris, 1892.
- Gouillard.* — Cure radicale des éventrations (Lyon médical, sept. 1896, p. 346).
- Goullioud.* — De l'éventration opératoire. Prophylaxie et cure radicale (Arch. de Gynécologie, 1892, p. 535).

- Halin.* — Dict. Dechambre. Art. éventration.
- Hadlich.* — Über operative Behandlung der Bauchbrüche Langenbecks. Archiv., t. XX, p. 358.
- Herbelin.* — Opération d'une volumineuse hernie verticale consécutive à une laparotomie pour péritonite (Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, oct. 1894).
- Hoffa.* — Munchener med. Wochenschrift, 1887.
- Renaudière de Vaux.* — Eventration par atrophie musculaire. Th. Paris, 1900.
- Roger (F.).* — De la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé de M. Quénu. Th. Paris, 1895.
- Sapiejko.* — Revue de Chirurgie, février 1900.
- Sérullaz.* — Contribution à l'étude de la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérences intestinales. Th. Lyon, 1895.
- Savariaud.* — Congrès de Chirurgie, 1900.
- Sims.* — Hernie ventrale consécutive à la laparotomie (American journal of obstetric, 1888).
- Schulten.* — De l'intervention chirurgicale dans les hernies abdominales consécutives à la laparotomie et à la grossesse.
- Stéphant.* — Complications des éventrations post-opératoires. Th. Bordeaux, 1896.
- Témoin (D.).* — Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche (Archiv. prov. de Chirurgie. Paris, 1902).
- Terrier.* — Remarques cliniques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques et abdominales non étranglées (Rev. Chir., 1896).
- Mouratoff.* — Sur la cure radicale des grandes séparations des muscles droits suite de couches. Wratsch., 1891.
- Nicaise.* — Description du procédé de Dauriac (Rev. de Chir., 1895, p. 638).
- Noble.* — Un cas de hernie ventrale guérie par la méthode à lambeaux (Americ. med. Bull., juin 1895).
- Olivier.* — Contribution à l'étude des éventrations. Paris, 1878.
- Pozzi.* — Le meilleur mode de suture abdominale (Sem. gyn., 1898, p. 26).
- Bull. Soc. Chirurg., 1857, p. 176, t. XXIII.
- De la suture abdominale (Congrès français Chir., 1888).
- Remarques sur la laparotomie (Bull. Soc. Chirurg., 1888).
- Sur la suture abdominale (Cong. franç. Chir., février 1897).

Quénu. — Opération d'une éventration (Bull. Soc. Chir., février 1896).

— La cure radicale de la hernie ombilicale (Gaz. méd. de Paris, 1895).

Querneau. — Eventration consécutive à la grossesse. Th. Paris, 1897.

Tillaux. — De la cure radicale de la hernie ombilicale (Semaine méd., mars 1895).

Tournemelle. — Eventration post-opératoire. Th. Paris, 1900.

Vauschenyel. — Contribution à l'étude de l'éventration post-opératoire. Th. Lille, 1897.

